DISSERTATION

N° 264.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR P.-A.-X. SAVIN, né à Gouëx,

Département de la Vienne.

Nihil tristius, nihil generoso medico injucundius, quàm insanabilibus frustrà opitulari morbis.

CAMPER.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Président.*
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Examinateur.* DUBOIS, *Suppléant.* DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque, *Examinateur.*	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin, *Suppléant.*	Gibert.
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage d'amour, de respect et de reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

Gage de ma sincère amitié.

P.-A.-X. SAVIN.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

Définition.

Le mot *pneumonie* vient de *πνεύμων, poumon*, et sert à désigner l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Cette maladie a reçu différens noms des auteurs. On la trouve décrite dans leurs ouvrages sous les dénominations de *péripneumonie, pleuropneumonie, febris pneumonica, pneumonite.* Vulgairement on l'appelle *fluxion de poitrine.*

Causes prédisposantes.

La pneumonie attaque l'homme dans toutes les contrées, dans toutes les saisons, à tous les âges, et n'épargne aucune classe de la société. C'est surtout pendant l'hiver et le printemps que cette phlegmasie exerce le plus de ravages. Les personnes adultes et celles douées d'un tempérament sanguin y sont plus disposées que les enfans et les vieillards; cependant ces derniers en sont plus souvent frappés

qu'on ne le pense communément. La forme latente qu'elle revêt souvent à cette époque a pu seule faire accréditer l'erreur que l'inflammation du poumon était rare dans ces deux âges opposés. Les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes, probablement parce qu'ils sont plus souvent exposés aux intempéries atmosphériques, par la nature de leurs occupations, qui sont également plus pénibles. Certaines professions semblent encore favoriser le développement de cette maladie : telles sont celles de plâtrier, de maçon, de meunier, qui exposent à respirer un air chargé de molécules plus ou moins irritantes; celles de cordonnier, de tailleur, qui donnent au corps une attitude gênante pour la circulation, et font refluer le sang vers la poitrine; celles qui fatiguent beaucoup les organes pulmonaires : les joueurs d'instrumens à vent, les chanteurs, les crieurs publics, les orateurs sont dans ce cas, ainsi que ceux qui s'exposent au passage subit du chaud au froid, les boulangers, les forgerons, etc. Il faut encore mettre au nombre des causes prédisposantes une nourriture trop succulente, l'abus des boissons spiritueuses, les veilles trop prolongées, le frisson des fièvres intermittentes, et enfin l'habitation dans un climat froid ou dans des lieux bas et humides.

Causes déterminantes.

Les plaies pénétrantes de poitrine, les coups sur cette cavité, les fractures des côtes avec esquilles, l'inspiration de vapeurs âcres et caustiques, la présence d'un corps étranger dans les bronches, l'abus des liqueurs alcoholiques, l'usage des boissons froides lorsque le corps est en sueur, l'exposition prolongée à un air froid, une course rapide dans une direction opposée au vent, les émotions vives, et particulièrement un violent accès de colère; la suppression des menstrues ou d'autres hémorrhagies habituelles; la rétrocession des phlegmasies cutanées, de la goutte, d'un rhumatisme; les grandes opérations chirurgicales, etc. Telles sont les causes qui donnent ordinairement lieu à la pneumonie. Mais très-souvent cette affection se développe sans qu'il soit possible d'apprécier la cause qui l'a produite.

Prodromes.

L'invasion de la maladie est annoncée le plus souvent par un frisson général ou partiel, suivi d'une chaleur plus ou moins forte. Tantôt elle est précédée par quelques jours de malaise, d'inappétence, de lassitude générale, de douleur dans les lombes, dans les membres; tantôt elle survient en quelque sorte sourdement dans le cours d'une autre maladie aiguë ou chronique. Enfin, d'autres fois, mais rarement, elle paraît d'une manière subite. Le plus souvent, néanmoins, ce n'est que douze ou vingt-quatre heures après l'apparition de quelques phénomènes morbides que l'on découvre les signes pathognomoniques de cette affection.

Symptômes.

Symptômes locaux. Douleur de côté, gêne de la respiration, toux, expectoration de crachats d'une nature particulière, et en outre plusieurs signes caractéristiques fournis par la percussion et l'auscultation. Tels sont les principaux symptômes, qui ne peuvent laisser le moindre doute sur la nature de la maladie, et que nous allons examiner successivement.

La *douleur* a ordinairement son siége au niveau ou au-dessous du sein; quelquefois elle occupe toute l'étendue du thorax; elle est profonde, obtuse; souvent elle se réduit à un sentiment de gêne de pesanteur dont le malade a peine à préciser le siége; si elle est vive, aiguë, si elle augmente par la toux, l'inspiration, la percussion, une portion de la plèvre participe à l'inflammation.

La *gêne de la respiration* offre différens degrés suivant la force, l'étendue et la marche plus ou moins rapide de la phlegmasie. Ainsi, quand cette dernière est peu considérable, la dyspnée est à peine sensible, et quelquefois même le malade n'en a pas la conscience. Néanmoins, dans le plus grand nombre des cas, la respiration est plus

ou moins accélérée, en même temps qu'elle est haute, courte, entrecoupée, et quelquefois tout-à-fait abdominale ; ce qui arrive surtout lorsque les deux poumons sont à la fois envahis par l'inflammation.

La *toux* a rarement lieu par quintes. D'abord sèche, elle est bientôt accompagnée d'une expectoration de nature particulière ; elle est plus fréquente le soir et pendant la nuit.

Les *crachats*, d'abord rares et muqueux, se caractérisent à mesure que l'inflammation fait des progrès. Vers les deuxième ou troisième jour, leur quantité augmente, et ils deviennent visqueux et sanguinolens ; ils offrent alors des stries de sang, ou bien une couleur de rouille, ou d'un rouge prononcé, selon la quantité de ce liquide qui se trouve mélangé avec eux. Lorsque la pneumonie est arrivée au second degré, ils deviennent plus rares, extrêmement visqueux et adhérens au vase qui les contient. Dans les pneumonies très-intenses on les voit quelquefois se supprimer tout à fait. Dans quelques cas ils sont diffluens, ressemblent à du jus de pruneaux ou à une forte dissolution de gomme arabique, et sont couverts d'une écume blanchâtre.

Signes fournis par la percussion. Dans le début de la maladie, le son ne s'éloigne pas de l'état naturel ; mais bientôt il devient obscur au niveau du point douloureux, et plus tard il est tout à fait mat. Ce signe peut assez bien indiquer les progrès et la marche de la maladie, mais d'une manière beaucoup moins précise que l'auscultation.

Signes fournis par l'auscultation. Examiné dans le premier degré de la pneumonie au moyen du stéthoscope, le bruit respiratoire s'entend assez distinctement ; mais il est accompagné d'un bruit particulier appelé *râle crépitant.* Ce phénomène, qui a souvent lieu avant qu'aucun autre signe ait pu faire soupçonner l'existence de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, persiste plus ou moins de temps selon la marche que suit la maladie, et ne cesse de se faire

entendre que lorsque le tissu du poumon n'est plus perméable à l'air. Ce signe est précieux en ce qu'il indique d'une manière précise les progrès que fait l'inflammation, et les points du poumon qui sont envahis par elle comme ceux qui cessent de l'être.

Si, pendant le cours de la pneumonie, on ausculte les parties du poumon restées saines, on remarque que le murmure respiratoire s'y fait entendre plus fortement que dans l'état naturel; on a donné le nom de *puérile* à cette sorte de respiration, parce qu'elle ressemble parfaitement à celle des enfans, qui, étant doués d'une circulation très active, ont besoin d'une respiration énergique.

Dans le deuxième degré de la pneumonie, c'est-à-dire lorsque le poumon est devenu imperméable à l'air, le râle crépitant disparaît, et on n'entend plus le moindre bruit respiratoire. Ou bien, si on entend encore la respiration, ce n'est qu'au voisinage des gros tuyaux bronchiques: elle est alors trachéale, caverneuse, et souvent très-forte; quelquefois même, dans les cas d'induration du lobe supérieur, une véritable pectoriloquie vient compliquer le diagnostic, et jeter des doutes sur la nature de l'affection. Il faut alors recourir aux circonstances commémoratives, aux symptômes généraux, pour ne pas croire à l'existence d'une phthisie pulmonaire.

Les *symptômes généraux* sont ceux de presque toutes les maladies aiguës. Ainsi le pouls est fréquent, large, quelquefois petit, intermittent; l'haleine est chaude, la face rouge; les yeux sont injectés, larmoyans; il y a soif, inappétence, céphalalgie; la langue est blanche, humide; le sang tiré par la veine se couvre souvent d'une couenne épaisse. L'épigastre est parfois douloureux à la pression; il y a ordinairement de la constipation, plus rarement de la diarrhée. Enfin le malade se couche sur le dos ou sur le côté affecté.

Marche et durée.

La pneumonie est ordinairement continue; il n'est cependant pas rare d'y observer des rémissions. Quant à ses exacerbations, elles ont

ordinairement lieu le soir. L'âge, le sexe, le tempérament, l'intensité de la phlegmasie, sont autant de circonstances qui font varier à l'infini la marche de cette maladie.

La durée de cette affection est subordonnée à sa marche : ainsi elle varie comme elle; mais le terme le plus ordinaire est de huit à dix jours, et jamais plus de trente à quarante, lorsque sa terminaison est heureuse.

Terminaisons.

La pneumonie peut se terminer par *résolution*, par *induration* ou hépatisation, par *suppuration*, par *gangrène*.

La *résolution* est la terminaison la plus heureuse; elle a lieu graduellement et lentement, ou d'une manière subite. Alors le râle cesse, la gêne de la respiration diminue, le son devient clair, l'expectoration est moins difficile, les crachats reprennent le caractère muqueux, les symptômes fébriles disparaissent, et le malade entre en convalescence.

Souvent la résolution de la pneumonie est accompagnée de phénomènes critiques; ce sont des sueurs abondantes, une épistaxis, le retour des hémorrhoïdes, des menstrues, la diarrhée, etc. On a aussi observé des jours critiques dans la terminaison de cette maladie. On a remarqué qu'un grand nombre d'entre elles se terminaient le septième, onzième, quatorzième et vingtième jour.

L'*hépatisation* correspond au second degré de la maladie; elle est annoncée par un son mat, l'absence du bruit respiratoire, la bronchophonie, l'extrême viscosité des crachats et l'augmentation de la dyspnée. Cet état d'induration du poumon ne peut durer long-temps sans entraîner la mort; lorsqu'il persiste, il constitue la pneumonie chronique.

La *suppuration* est peu fréquente, et n'arrive guère avant le deuxième septénaire. Quand elle a lieu, il se forme assez souvent une cavité dans la portion du poumon enflammée et passée à l'état de fonte purulente. Les mouvemens de la poitrine deviennent alors de plus en

plus petits, faibles, et difficiles ; le son reste mat ; un râle muqueux à grosses bulles se développe d'abord dans des points isolés, puis dans toute la partie malade : il ne tarde pas à dégénérer en gargouillement ; le pus, rassemblé dans un foyer, se fait jour par les bronches les plus voisines ; une communication s'établit entre ces conduits et cette cavité accidentelle, et une pectoriloquie, obscure d'abord, se manifeste, quel que soit le point que le mal occupe.

La *gangrène* est une des terminaisons les plus rares, mais aussi est-elle la plus funeste. Elle a été rapprochée par *Laennec* des affections essentiellement gangréneuses, telles que l'*anthrax*, la *pustule maligne*. On la reconnaît à la cessation subite de la douleur, avec prostration générale dès le début ; à une expectoration de crachats diffluens, verdâtres et d'une odeur gangréneuse ; à une toux fréquente, suivie quelquefois d'hémoptysie abondante. Enfin on peut entendre la pectoriloquie s'il se forme une excavation dans le poumon, et le tintement métallique si cette excavation communique avec la plèvre.

Complications.

Plusieurs maladies peuvent compliquer la phlegmasie du poumon et aggraver le danger qu'elle présente. Celles dont l'existence coïncide le plus souvent avec elle sont : les *phlegmasies abdominales* et *encéphaliques*, *la variole*, *la rougeole*, *la scarlatine*, mais surtout le *catarrhe pulmonaire* et la *pleurésie* : cette dernière affection accompagne même si souvent la pneumonie, que long-temps plusieurs médecins célèbres ont pensé qu'elles étaient inséparables, et qu'elles n'existaient jamais l'une sans l'autre. Cette opinion n'est plus admissible, depuis les travaux de *Morgagni*, *Valsalva*, *Stoll*, *Bichat*, *Pinel*, *Laennec*, etc.

Diagnostic différentiel.

La pneumonie peut être confondue avec plusieurs autres affections, telles que la pleurésie, la pleurodynie, le catarrhe pulmonaire et

l'œdème du poumon; cependant il est assez facile d'éviter toute erreur en apportant de l'attention dans l'examen du malade. Voici en peu de mots leurs principaux caractères différentiels.

Dans la pneumonie, la douleur se fait sentir le plus ordinairement au-dessous de la mamelle; elle est obtuse, gravative, et n'est pas plus exaspérée par l'inspiration que par l'expiration. Dans la pleurésie, la douleur est au côté; elle est vive, pongitive, et acquiert par l'inspiration un haut degré d'acuité. Dans la première, le décubitus a lieu sur le côté malade; dans la seconde, sur le côté sain. Dans l'une, la toux s'accompagne d'une expectoration plus ou moins abondante, épaisse, visqueuse, sanglante; dans l'autre, elle est sèche ou très-légèrement muqueuse.

L'affaiblissement du murmure respiratoire, remplacé par le râle crépitant ou par l'absence de tout bruit, le son mat, fixe, par la percussion, appartiennent à la pneumonie. Dans la pleurésie, le souffle respiratoire diminue d'abord, est remplacé par l'égophonie, et la poitrine, percutée à sa partie la plus déclive, donne un son mat dû à l'épanchement pleurétique.

La pleurodynie est facile à distinguer par l'absence de la toux, de l'expectoration, du son mat, du râle crépitant, en un mot par le bon état de la respiration. D'ailleurs les phénomènes sympathiques sont nuls ou très-faibles.

Dans le catarrhe pulmonaire, la douleur semble occuper une plus grande étendue; la toux est fréquente, opiniâtre, et l'expectoration n'est pas sanglante; ou si quelque peu de sang vient rougir les crachats, il est disposé par stries, et non intimement fondu avec les mucosités. Enfin on n'observe ni la matité du thorax, ni le râle crépitant. Le râle muqueux et le râle sibilant sont les deux seules espèces de bruit que l'on obtienne dans le cours d'un catarrhe pulmonaire.

L'œdème du poumon pourrait bien être confondu avec son inflammation au premier degré, si on ne faisait attention qu'au râle crépitant, qui est cependant plus humide; mais l'expectoration muqueuse,

très-liquide, plus ou moins abondante, et l'absence des signes généraux de l'inflammation, feront facilement distinguer la première maladie de la seconde.

Prognostic.

La pneumonie est toujours une affection très-grave ; mais le danger qu'elle présente varie beaucoup, suivant l'âge du sujet, l'étendue et la marche de l'inflammation; suivant son siége et le degré auquel elle est parvenue, enfin suivant les complications.

Le prognostic est plus fâcheux chez les vieillards et chez les sujets affaiblis par des excès ou des travaux pénibles, que chez ceux qui sont dans des conditions opposées. Le danger sera plus grand si l'inflammation est très-étendue, si elle occupe les deux poumons en même temps, tout étant égal d'ailleurs; si elle siége au sommet de ces viscères, et surtout si elle fait des progrès rapides malgré un traitement bien dirigé. Le troisième degré est beaucoup plus grave que le second, et celui-ci que le premier. Les symptômes qui doivent faire présager une terminaison funeste, sont : une respiration très-fréquente, très-gênée, entrecoupée; des crachats aqueux et de couleur de jus de pruneaux, grisâtres, purulens, fétides ; une accélération de la respiration pendant que le pouls devient lent, faible, intermittent; et enfin tous les symptômes ataxiques et adynamiques, tels que, délire, rêvasseries, stupeur, prostration des forces, etc. ; les complications aggravent encore le prognostic, et le danger est toujours en rapport avec la nature et l'intensité de l'affection coexistante.

Anatomie pathologique.

Laennec a reconnu trois degrés de l'inflammation du poumon, qu'il a nommés : *engouement*, *hépatisation rouge* et *hépatisation grise*. M. *Andral* remplace le mot *hépatisation* par celui de *ramollissement*.

Dans l'*engouement*, le tissu pulmonaire a perdu de sa consistance et augmenté de pesanteur et de densité ; mais il est encore crépitant et

infiltré d'une sérosité sanguinolente toujours abondante. On peut encore distinguer sa texture alvéolaire. A l'extérieur, il est d'une couleur livide et violacée, tandis que l'intérieur est d'un rouge plus ou moins foncé.

Lorsque le poumon est passé à l'état d'hépatisation rouge, il devient friable, prend l'aspect, la densité et la pesanteur du foie, il cesse d'être crépitant; sa couleur extérieure est moins violacée que dans le degré précédent; son intérieur est rougeâtre, et offre un assez grand nombre de taches blanches, qui sont dues aux vaisseaux et aux cellules pulmonaires; ces taches sont quelquefois entremêlées de stries noires, qui donnent au poumon l'aspect de granit; enfin ce viscère est infiltré d'une bien moins grande quantité de sérosité sanguinolente que dans l'état d'engouement.

Dans le troisième degré, ou hépatisation grise, l'extérieur et l'intérieur du poumon prennent une teinte jaune pâle; son aspect granuleux se prononce davantage, et, lorsqu'on l'incise, il en suinte un liquide purulent que l'on peut ramasser avec la lame du scalpel.

D'autres fois, mais rarement, le pus, au lieu d'être infiltré dans la substance pulmonaire, se trouve réuni en foyers, de manière à former de véritables abcès; le pourtour de ces foyers est réduit à un état de détritus et de ramollissement purulent, qui diminue à mesure qu'on s'éloigne de leur centre; leurs parois ne présentent aucune trace de fausses membranes.

Quand la pneumonie s'est terminée par gangrène, on observe que la partie grangrénée, si elle n'est pas circonscrite, se confond insensiblement avec le tissu sain, et que ce passage s'opère au moyen d'une inflammation plus ou moins vive. Le tissu pulmonaire est alors facile à déchirer, présente une couleur vert brunâtre; et lorsqu'on l'incise, il s'en écoule un liquide sanieux, verdâtre et très-fétide.

Quelquefois, au contraire, la gangrène est circonscrite et présente la forme d'une escharre noirâtre. Dans quelques cas, cette escharre est isolée par une excavation; mais plus souvent elle est convertie en bouillie putride et sanguinolente, qui s'ouvre un passage dans les

bronches ou dans la plèvre, et quelquefois dans les deux ensemble.

Enfin la plèvre présente communément dans la partie qui recouvre le siége de la pneumonie une exsudation albumineuse, ou des fausses membranes d'autant plus épaisses et plus fermes que la durée de la maladie a été plus prolongée. En même temps on trouve dans la partie la plus déclive de la poitrine quelques cuillerées d'un liquide trouble ou limpide, et d'une couleur jaune-citrine.

Traitement.

Le traitement de la pneumonie est ordinairement simple, et consiste dans des émissions sanguines, des boissons émollientes, et quelquefois des stimulans à l'intérieur, et des révulsifs appliqués à la peau. L'emploi de ces moyens doit varier selon l'intensité de l'inflammation, l'âge du malade, sa constitution, etc. On ne peut donner que des règles générales que le médecin doit modifier selon les indications qui se présentent.

De tout temps la saignée a été et est encore regardée comme le moyen le plus efficace que l'on puisse opposer à la pneumonie; mais pour retirer de ce moyen tous les avantages que l'on est en droit d'en attendre, il est certaines précautions à observer, dans le détail desquelles nous allons entrer.

Les évacuations sanguines doivent être pratiquées, autant que possible, dès le début de l'inflammation, c'est-à-dire dès que la dyspnée, le point de côté, la diminution de sonorité du thorax, commencent à indiquer l'existence de la pneumonie. Il n'y a rien de fixe sur la quantité du sang que l'on doit tirer chaque fois, sur le nombre des saignées, et sur l'époque à laquelle on ne doit plus en pratiquer; cela doit varier suivant l'âge et la force du sujet, selon l'intensité de la maladie. En général, on pratique dès le début une saignée abondante, et on renouvelle cette opération pendant les premiers jours, tant que le pouls conserve de la plénitude et de la fréquence, que la sonorité de la poitrine n'est point parfaitement rétablie, que le râle

crépitant n'est pas entièrement dissipé; enfin tant que les crachats restent sanguinolens, et surtout tant que la respiration conserve de la gêne. Cependant au bout de cinq ou six jours, si les symptômes persistent, il faut éloigner les saignées et les faire moins copieuses. On ne doit jamais oublier qu'un certain degré de forces est nécessaire pour que la résolution puisse s'opérer; qu'en deçà et au-delà de ce degré la résolution est également difficile ou impossible.

L'époque menstruelle, la grossesse et les lochies, ne s'opposent nullement à la saignée. Quand l'inflammation est intense, l'enfance et la vieillesse n'y mettent point obstacle ; seulement on doit être plus réservé et plus circonspect dans son emploi.

La petitesse du pouls n'est pas toujours une contre-indication de la saignée. Quand on trouve le pouls petit et serré, il faut explorer le cœur, afin de s'assurer si cette faiblesse n'est qu'apparente, et s'il n'existe réellement qu'une simple oppression des forces : en effet, les battemens du cœur peuvent être développés et forts, tandis que le pouls est petit et concentré; et dans ce cas, l'artère se développe à mesure que l'on tire du sang; de telle sorte qu'après une ou deux saignées, le pouls devient large et souple.

Dans tous les cas douteux, comme chez les vieillards épuisés, il faut pratiquer une saignée exploratrice peu abondante, d'une palette, et se régler ensuite pour sa conduite ultérieure, sur l'état du sang, sur les changemens survenus dans les symptômes, et sur l'influence exercée par cette évacuation sur le pouls et le cœur.

Les sangsues et les ventouses scarifiées ne sont pas si avantageuses dans cette affection que la phlébotomie ; elles ne désemplissent le système vasculaire des poumons que lentement, et que d'une manière tout à fait secondaire. Elles ne sont véritablement utiles que dans les cas où la plèvre participe à l'inflammation; et alors on doit les appliquer en grand nombre sur le point douloureux, en même temps que l'on pratique des saignées générales. On modère ensuite la douleur, et on diminue l'irritation en appliquant sur le thorax des cataplasmes

ou des fomentations émollientes. Quelquefois un bain tiède donné avec précaution produit de bons effets.

Les saignées doivent être secondées par une diète absolue, le silence et le repos absolu du corps; par l'usage de boissons mucilagineuses, telles que les infusions de feuilles de mauve, de guimauve, de violettes; les décoctions légères d'orge, de chiendent, de dattes, de jujubes, de graine de lin, de racine de guimauve, l'eau gommée, le lait d'amandes, etc.; on les édulcore avec le miel, le sucre ou les sirops de gomme, de guimauve, etc. Quelle que soit la tisane dont on fasse usage, elle doit être prise tiède et en petite quantité à la fois. Le malade doit inspirer un air tempéré; il ne doit pas être trop couvert au lit, surtout en été. La toux doit être combattue par des looks gommeux ou huileux, et la constipation, par des lavemens émolliens.

Lorsque les phénomènes généraux de réaction ont cessé ou beaucoup diminué, que la phlegmasie persiste, ou du moins ne diminue pas en proportion, et que les forces du malade ne permettent pas de recourir à de nouvelles évacuations sanguines, il faut mettre les révulsifs en usage; on donne généralement la préférence aux vésicatoires, et on les applique aux extrémités supérieures et inférieures, et surtout sur le thorax; ils doivent être larges, et, de plus, on doit les entretenir et les renouveler, s'il le faut, jusqu'à la résolution complète de la phlegmasie.

Les révulsifs doivent encore être employés, même dès le principe. Quand la pneumonie est survenue après la disparition d'un exanthème aigu ou chronique, d'un rhumatisme, etc., et qu'il paraît s'être fait une révulsion naturelle de dehors en dedans, alors on doit les appliquer sur le siége de l'affection primitive, dans le dessein de l'y rappeler.

Pendant la médication révulsive, le régime doit être moins sévère: on doit d'abord permettre l'usage de l'eau de veau ou de poulet; on y ajoute bientôt des bouillons coupés et non salés, des laits de poule, dont on augmente peu à peu la quantité. On donne ensuite les bouil-

lons plus concentrés et à des intervalles plus rapprochés. Si la résolution fait des progrès rapides, on y ajoute des crèmes de riz, de sagou, de gruau, de salep, des confitures, des gelées de viande, des légumes, des œufs frais, du poisson; et enfin, dès que la résolution est complète, on arrive insensiblement au régime ordinaire.

Lorsque dans le cours d'une pneumonie l'expectoration est difficile, dans le but de la favoriser, ce qui est presque toujours nécessaire chez les vieillards, quand surtout il y a complication de catarrhe pulmonaire, on emploie avec succès l'infusion de polygala de Virginie, d'hysope, de lierre terrestre, les looks, les potions gommeuses, auxquels on peut ajouter une demi-once d'oxymel scillitique, ou, si l'on préfère, de deux à six grains de kermès minéral.

Chez les individus très-nerveux, il reste quelquefois une toux convulsive, quoique la pneumonie n'existe plus; c'est alors qu'on peut se servir avec avantage des préparations d'opium, de la poudre de racine de belladone, à la dose d'un demi-grain.

Dans quelques cas, la pneumonie se trouve précédée et accompagnée de symptômes bilieux sans qu'il existe de signes évidens de phlegmasie de l'estomac ou des intestins; alors il est souvent avantageux de débuter par un éméto-cathartique, que l'on peut réitérer ensuite en se guidant d'après les résultats obtenus. Mais si l'inflammation du poumon était trop vive, il serait plus sage de pratiquer d'abord une copieuse saignée, et de ne faire qu'ensuite usage du vomitif. C'est encore dans cette espèce de pneumonie que les purgatifs minoratifs sont administrés avec avantage sur la fin de la maladie, et qu'ils facilitent évidemment la résolution du poumon.

Méthode contro-stimulante.

Cette méthode, qui consiste dans l'emploi de l'émétique à haute dose, a été empruntée à *Rasori* par M. *Laennec*, qui le premier l'a introduite en France. La voici telle qu'il l'a modifiée. Après une saignée de huit à seize onces, on donne une première dose de tartre stibié d'un grain, dans deux onces et demie d'infusion de feuilles d'oranger légère et froide, ou dans toute autre infusion aromatique, dans une émulsion édulcorée avec du sirop de guimauve ou de fleurs d'oranger; on répète la même dose de deux en deux heures, si aucun accident n'en est la suite, jusqu'à ce que le malade en ait pris six, et on le laisse reposer ensuite pendant sept ou huit heures, si les accidens ne sont pas urgens.

Mais si la pneumonie est déjà avancée, si l'oppression est forte, si les deux poumons sont affectés, ou si l'un des deux est pris en entier, on continue le tartre stibié sans interruption, de deux en deux heures, jusqu'à ce qu'il y ait un amendement dans les symptômes, et que l'amélioration soit indiquée par des signes stéthoscopiques. On peut même, lorsque la plupart des circonstances aggravantes indiquées ci-dessus se trouvent réunies, porter chaque dose de tartre stibié à deux grains et même trois grains dans la même quantité de véhicule.

Beaucoup de pneumoniques supportent l'émétique administré de cette manière sans vomir et sans éprouver d'effet purgatif. D'autres, et c'est le plus grand nombre, ont deux ou trois vomissemens, et vont cinq à six fois à la selle le premier jour; mais les jours suivans ils n'ont plus que des évacuations médiocres, et souvent même ils n'en ont plus. Lorsque la tolérance pour ce médicament s'est établie, il arrive fort souvent que les malades sont constipés, et qu'on est obligé de recourir à l'usage des lavemens.

Lorsque les évacuations continuent le second jour, ou quand dès le premier il y a lieu de craindre que l'émétique soit difficilement supporté, il faut ajouter une à deux onces de sirop de diacode à la

potion stibiée. En général, l'effet de ce médicament n'est jamais plus rapide ni plus héroïque que quand il ne détermine aucune évacuation alvine.

L'usage du tartre stibié doit être continué tant que dure la tolérance, c'est-à-dire la faculté de supporter ce médicament avec avantage, et tant qu'il existe encore quelques traces de râle crépitant.

M. *Laennec* pense que cette méthode peut être employée à toutes les périodes de la maladie, et même à l'époque où une grande partie du poumon est envahie par l'infiltration purulente : en somme il regarde la mortalité comme n'étant à peu près que d'un sujet sur vingt-huit.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

In febribus acutis convulsiones, et circa viscera dolores vehementes, malum. *Sect.* 4, *aph.* 66.

III.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

V.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

VI.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. (*Sect.* 5, *aph.* 13.)

VII.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

VIII.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.